**Questionnaire Usager APF 21**

*Le SAAD APF 21/89, souhaite développer davantage de prestations au service des usagers et particulièrement à ses adhérents et clients avec l’objectif d’ouvrir un service mandataire sans reste à charge d’ici fin 2019.*

*Pour mieux connaitre vos besoins et enrichir notre réflexion, nous vous adressons ce questionnaire afin de répondre aux mieux à vos attentes.*

1. **Etat civil et coordonnées (si vous le souhaitiez)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : ……………………………………………… | Prénom : ……………………………………… |

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Email : …………………………………………….@……………………………………………..

Date de naissance : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Habitat :

Collectif/ regroupé APF

Personnel

1. **Etes-vous adhérent APF** Oui  Non
2. **Bénéficiez-vous de la prestation SAAD**  Oui  Non
3. **Pour évaluer le reste à charge, nous avons besoins de connaitre : La quantification de vos besoins et de la réponse à ces besoins :**
   * 1. Quels sont vos besoins reconnus par la CDAPH (Nombre d’heures d’aide humaine en PCH) ? |\_\_|\_\_| heures par jour ou

|\_\_|\_\_| heures par mois

* + 1. Les heures autorisées sont-elles suffisantes ?

Oui ;  largement

Non, j’ai besoin de plus Combien ? |\_\_|\_\_| heures par jours

Dites-nous pourquoi ? …………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

* + 1. Est-ce que les sommes perçues au titre de l’aide humaine sont suffisantes ?

Oui  Non

Si non, pourquoi ?...............................................................................................

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

* 1. **L’organisation générale de votre aide humaine** (vous avez la possibilité de donner plusieurs réponses)
     1. Quels sont les personnes (ou service) qui aident au quotidien ?

1. Membre de votre famille
2. Aidant(s) que vous rémunérez (Emploi direct )
3. Service mandataire
4. Service de portage de repas
5. Infirmier ou aide-soignant

4.2.2 Etes-vous satisfait de cette organisation ?  Oui  Non

|  |
| --- |
| Si non pourquoi ? ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………. |

1. **Si le SAAD APF, Dijon met à votre disposition le service Mandataire sans reste à charge, seriez-vous intéressé ?**

Oui  Non

**Si non, pourquoi**?...................................................................................... ………………

………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….....

1. **Connaissez-vous le fonctionnement du service mandataire ?**

Oui  Non

* 1. Souhaiteriez-vous avoir des informations sur ce service ?

Oui  Non

* + 1. Si oui, à votre domicile ?  Oui  Non
    2. Ou lors d’un atelier organisé par la délégation APF**?**

Oui  Non

|  |  |
| --- | --- |
| ***Autres :*** …………………………………………….............................................................  ……………………………………………………………………………………………... |  |